PARALLÈLE

N° 14.

DE

LA COMMOTION ET DE LA COMPRESSION

CÉRÉBRALES ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 22 janvier 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR ANTOINE-PAULIN-GERMAIN SALACROUX, de Villefranche,

Département de l'Aveyron.

A plagâ in caput, stupor aut delirium, malum.

HIPP., *Aph.*, sect. 7, aph. 14.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN, *Examinateur*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Suppléant*. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur*.
Médecine légale	ADELON, *Président*.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Examinateur*. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, PINEL VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gerdy.
Arvers.	Kergaradec.
Baudeloque.	Lisfranc, *Examinateur*.
Bouvier.	Maisonabe, *Examinateur*.
Breschet.	Parent du Chatelet.
Cloquet (Hippolyte).	Pavet de Courteille.
Cloquet (Jules).	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Velpeau, *Suppléant*.
Gérardin.	Rullier.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

Il n'y a encore que quelques jours que je tressaillais de joie dans l'espérance de pouvoir offrir le premier fruit de mes études médicales au meilleur des pères et à la plus tendre des mères. La mort, en m'enlevant ma mère, m'a privé du bonheur de réunir ici deux noms qui auraient dû n'être jamais séparés. Puisse, père chéri, puisse ce tribut du respect et de la piété filiale apporter quelque soulagement à la douleur que vous cause cette perte irréparable!

MONSIEUR VOINCHET.

Depuis long-temps vous me regardez comme un de vos enfans. Permettez qu'en cette qualité je vous offre cet essai, premier résultat de mes travaux en médecine. Puisse-t-il être pour vous un témoignage de mon estime et de ma reconnaissance, et pour moi le gage de la continuation de votre bienveillance et de votre amitié!

A MON FRÈRE.

Attachement et reconnaissance.

A MON AMI CAUSIT,

Docteur en médecine.

Continuation d'amitié.

A.-P.-G. SALACROUX.

PARALLÈLE

DE

LA COMMOTION ET DE LA COMPRESSION

CÉRÉBRALES.

Si l'on doit juger de l'importance d'un organe par le soin que la nature à pris pour le mettre à couvert des lésions extérieures, il n'en est certainement pas de plus essentiel que le cerveau. Une boîte osseuse sphérique, ou du moins ovalaire, dont l'extrême solidité est due d'une part à la nature et à la combinaison des élémens qui entrent dans sa texture, et de l'autre à sa configuration; trois membranes, dont la plus extérieure est d'une telle force, qu'il ne faut rien moins que les coups les plus rudes et les tiraillemens les plus violens pour y opérer une solution de continuité; le derme enfin, qui, beaucoup plus serré sur la tête que dans toutes les autres parties du corps, est encore protégé par une couche plus ou moins épaisse de cheveux, dont le feutre serré, joint à la matière grasse qui les empreigne plus ou moins abondamment, est une puissante barrière opposée aux corps étrangers; tels sont les obstacles qui empêchent les agens extérieurs de porter atteinte à l'organe encéphalique.

Mais, malgré ces barrières que la nature a opposées aux agens qui peuvent lui nuire, à combien de maladies n'est-il pas exposé?

Origine commune de tous les nerfs qui donnent la sensibilité et le mouvement aux différentes parties du corps; centre général de toutes les sensations externes et internes qui nous instruisent de notre existence et de celle des êtres placés hors de nous, cet organe doit, par la nature et par l'étendue des fonctions qu'il remplit, être exposé plus que tous les autres à de fréquentes altérations, qui en modifient plus ou moins l'exercice. Aussi n'est-il pas de maladies un peu graves, quels que soient d'ailleurs leur cause et leur siége primitif, qui ne portent bientôt leur influence sur l'encéphale, et ne déterminent ainsi un certain dérangement dans les fonctions de l'entendement, dont il est le siége et l'organe.

Mais parmi les nombreuses maladies qui peuvent affecter le cerveau, deux nous ont surtout frappé par le danger qu'elles entraînent ordinairement, et par la difficulté qu'il y a à les reconnaître : ce sont la commotion et la compression. Aussi, après une fréquentation assidue des hôpitaux, où nous avons pu profiter des leçons de MM. les professeurs de la Faculté, nous n'avons pas balancé sur le choix du sujet de notre dissertation, et nous nous sommes arrêté au parallèle de ces deux maladies.

Si nous avons osé traiter une matière aussi importante et aussi épineuse, ce n'est pas que nous nous soyons cru capable d'en aplanir toutes les difficultés; mais nous avons pensé que l'étude que cette matière exigerait nous donnerait les moyens de mieux reconnaître ces maladies dans notre pratique particulière, et de leur appliquer un traitement plus conforme à l'expérience.

Afin de mettre plus d'ordre et de clarté dans notre parallèle, nous devons prévenir que nous exposerons successivement la définition, l'invasion, les causes, les symptômes, la marche, le traitement et la terminaison de ces deux maladies, en insistant principalement sur le diagnostic et sur les phénomènes qui caractérisent chacune d'elles. Nous finirons par l'exposé des altérations qu'éprouve le cerveau de la part de ces affections, lorsqu'elles entraînent la mort; terminaison qui est malheureusement la plus commune.

On donne le nom de commotion à l'ébranlement du cerveau ; ébranlement qui détermine dans les molécules de cet organe un rapprochement tel qu'elles n'ont plus assez de force ni d'élasticité pour revenir à leur ancienne place, et qui, augmentant la densité de l'organe, en diminue plus ou moins le volume. La compression consiste dans l'action plus ou moins prolongée d'un corps qui, rapprochant les molécules de l'encéphale, tend à augmenter sa densité et à diminuer son volume ; mais, dans ce cas, l'organe a assez de force pour, la cause cessant d'agir, revenir à son premier état.

Nous ne croyons pas nécessaire d'insister sur les caractères communs et particuliers de ces deux affections. La définition que nous avons donnée nous paraît suffisante pour les faire ressortir.

Quant aux causes, elles ont cela de commun, qu'elles exercent une action mécanique sur le cerveau ; mais elles diffèrent par leur nombre et par leur manière d'agir.

1°. La cause qui détermine la commotion est unique : c'est toujours le choc d'un corps étranger qui agit sur le crâne ou sur une partie du corps en rapport de continuité osseuse avec cette boîte. La compression, au contraire, peut être l'effet d'un coup ou d'une chûte qui a enfoncé les os de la tête, d'un épanchement produit par la rupture des vaisseaux encéphaliques, d'un abcès formé à la surface du cerveau ou dans la substance propre de cet organe à la suite d'une inflammation, d'une collection de sérosité, quelle qu'en puisse être la cause ; d'une tumeur de la face interne des os crâniens, d'un squirrhe de la dure-mère, d'un développement d'hydatides, etc.

2°. Dans la compression, la cause une fois en activité ne cesse d'agir qu'après un temps plus ou moins long, et souvent même il faut avoir recours à une opération pour la faire cesser ; tandis que, dans la commotion l'action de la cause est instantanée.

L'invasion de la commotion est subite ; celle de la compression, au contraire, marche graduellement, à moins qu'elle ne dépende de l'enfoncement d'un os du crâne, auquel cas le diagnostic de la maladie ne présente aucune difficulté.

Nous voici à la partie la plus importante du parallèle que nous avons entrepris, au diagnostic. Nous exposerons d'abord les symptômes qui sont communs aux deux affections ; nous ferons ensuite ressortir le caractère propre à chaque symptôme dans les deux maladies, et nous terminerons par l'exposé des phénomènes et de la marche que suit chaque affection en particulier.

Une lésion plus ou moins grave de l'encéphale, une douleur variable par sa nature, par son intensité et par le siége qu'elle occupe ; un état de stupeur plus ou moins profonde, un dérangement plus ou moins considérable dans l'exercice des fonctions de l'encéphale, enfin une paralysie plus ou moins étendue des organes du mouvement, tels sont les symptômes qu'on rencontre dans l'une et l'autre affection.

Maintenant, si nous voulons les comparer dans chacune d'elles, nous verrons, 1°. que dans la commotion, ainsi que nous l'avons déjà dit en la définissant, les molécules du cerveau ont perdu leur ressort, et ne peuvent plus revenir à leur place; tandis que, dans la compression, elles n'ont pas perdu, il est vrai, leur élasticité, mais l'exercice de cette propriété est empêché par un obstacle mécanique.

En second lieu, dans la première la douleur est sourde, peu vive, presque nulle, et n'a pas de siége fixe; dans la seconde, elle est tantôt faible, tantôt forte, mais elle siége toujours dans un point déterminé de la tête, où le malade éprouve la sensation d'un poids, à moins qu'il n'ait perdu la faculté de sentir.

Troisièmement, dans la compression, la stupeur est profonde, persévérante; et si, par quelque moyen violent, on parvient à retirer le malade de son état, il ouvre des yeux hébétés, et retombe sur-le-champ dans son état, à moins que l'on ne continue l'usage du moyen employé pour l'en retirer. Dans la commotion, la stupeur est également profonde, mais le malade en sort avec moins de difficulté ; et une fois qu'on l'a retiré de son état, il reste un certain temps avant d'y retomber. Un autre caractère qui sert à faire connaître que la stu-

peur est plutôt l'effet de la commotion que de la compression, c'est que, dans le premier cas, elle se déclare immédiatement après l'accident qui l'a déterminée, tandis que dans le second elle attend plus ou moins à se déclarer, une heure ou deux, par exemple.

4°. Le dérangement des fonctions intellectuelles ne peut fournir aucun caractère différenciel entre ces maladies; dans les deux elles sont à peu près nulles, ou du moins très-affaiblies.

5°. Enfin la paralysie, effet de la commotion, affecte le plus souvent les deux côtés du corps, tandis que celle qui résulte de la compression occupe toujours, ou presque toujours, une seule moitié.

Après avoir énuméré les symptômes communs aux deux affections, en faisant ressortir le cacactère qui les différencie, nous allons décrire la marche et les phénomènes propres à chacune d'elles.

Dans la commotion, que nous allons décrire, nous n'entendons pas parler de celle où l'ébranlement est tel qu'il détermine dans le cerveau une désorganisation complète, et par suite une mort instantanée : tel fut le cas de ce criminel dont parle *Littre*, et qui, devant être exécuté le lendemain, se précipita tête baissée contre le mur de son cachot, avec une telle violence qu'il tomba mort sur-le-champ. Dans un pareil cas le médecin n'a rien à faire : seulement il doit prendre garde de confondre la mort réelle avec la stupeur profonde que laisse ordinairement après elle une violente commotion; et se souvenir, s'il est dans l'incertitude, qu'il vaut mieux chercher à rappeler un mort à la vie que laisser périr un malade faute de secours.

La commotion présente tant de degrés variables, tant de nuances presque imperceptibles, qu'il nous serait bien difficille de mettre de l'exatitude dans une description générale de cette maladie. Il n'est pas rare, en effet, de voir, dans quelques cas, des symptômes qui, dans d'autres, manquent totalement ou se présentent avec des caractères sensiblement différens. Nous en distinguerons donc deux espèces, dont l'une sera la commotion *légère* et l'autre la *forte*. Celle qui

cause subitement la mort, et qu'on pourrait appeler *foudroyante*, formera une troisième espèce.

Dans la première, le malade, après avoir reçu un coup sur la tête ou même sur les talons, les jambes et les cuisses étant fortement étendues, ou bien à la suite d'une chûte sur la tête, ou sur les pieds pendant une forte extension des membres inférieurs, éprouve tout à coup des vertiges et des éblouissemens; il se trouve mal, quelquefois même il tombe évanoui et perd toutes ses facultés intellectuelles. Mais cet état ne dure pas : bientôt le cerveau, recouvrant l'exercice de son élasticité, revient à son premier état; le malade se relève et se trouve guéri; il ne lui reste qu'une légère pésanteur de tête, qui se dissipe entièrement au bout de quelques jours.

Dans la seconde espèce, ou plutôt dans le second degré, la commotion a été, comme dans la première, précédée d'un coup ou d'une chûte sur la tête : mais ici le coup a été plus violent; la chûte s'est faite, d'un lieu plus élévé, ou bien les jambes étaient plus fortement étendues. Immédiatement après l'accident, le malade est pris d'étourdissemens; il tombe sans connaissance. Il perd tous les sens : la vue, l'ouïe, la voix, la faculté des mouvemens volontaires. Une stupeur plus ou moins profonde se saisit de lui; son jugement se perd; ses facultés intellectuelles s'affaiblissent, se suspendent entièrement. Le sang lui sort par les oreilles, par la bouche et par les narines. Il éprouve des nausées, des vomissemens; les sphincters de la vessie et de l'anus se relâchent, et les urines et les excrémens sortent à l'insu du malade. Le plus souvent la tension, la douleur de l'hypochondre droit, les vomissemens bilieux, les nausées, le goût amer de la bouche, l'aspect muqueux et jaunâtre de la langue annoncent une lésion du foie. Quelquefois la cause de la commotion peut avoir agi avec assez de violence pour produire la rupture de quelques vaisseaux encéphaliques : dans ce cas, une hémorrhagie plus ou moins considérable se déclare, et donne lieu à une accumulation de sang qui ne tarde pas à produire la compression, dont les symptômes se joignent à ceux de la commotion déjà existante.

Sabatier distinguait les symptômes de la commotion en *primitifs* et en *consécutifs*. Les premiers sont, selon ce professeur, ceux que nous venons d'énumérer. Quant aux seconds : « ce sont, dit-il, la fièvre, « le délire, la phrénésie, la paralysie, les convulsions, les douleurs « constantes à la tête, la p rte de la mémoire, la stupidité, et la plupart « des accidens primitifs, lorsque ces accidens se renouvellent après avoir disparu. « Ils sont occasionnés, continue-t-il, par la rupture de « quelques vaisseaux qui se distribuent au cerveau et à ses enveloppes, « et par la collection de sang et de pus qui en résultent, ou par les « fongosités auxquelles cette rupture donne lieu. »

Nous ne sommes pas tout à fait de l'avis de ce célèbre chirurgien : nous ne croyons pas que la commotion cérébrale puisse déterminer par elle-même tous les accidens qu'il décrit sous le nom de *consécutif;* nous ne pensons pas même qu'elle en ait de cette dernière espèce. Nous attribuons les phénomènes qu'il appelle *consécutifs* à une maladie autre que la commotion ; à la contusion, à l'inflammation et à la compression, dont les effets sont véritablemcnt les symptômes qu'il décrit. Et si nous ne nous trompons, telle est aussi la manière de voir de MM. les éditeurs de la *Médecine opératoire*, puisqu'ils ajoutent au texte de l'auteur que la commotion produit ces accidens « lorsqu'elle est assez forte pour contondre ou pour déchirer la substance cérébrale, » paroles qui, à notre avis, désignent clairement les causes des trois affections auxquelles nous attribuons les prétendus symptômes consécutifs de la commotion. Nous pouvons encore appuyer notre opinion de celle de M. *Adelon*, comme l'a amplement expliqué ce savant professeur dans son cours de *Médecine légale.*

Ce qui a fait croire à *Sabatier* que la commotion pouvait avoir des accidens consécutifs, c'est que le plus souvent cette maladie se trouve compliquée d'une contusion plus ou moins forte : or, comme cette dernière ne cause que des accidens consécutifs (car elle n'est suivie immédiatement d'aucun symptôme, excepté la douleur, qui n'est pas même considérable), et que la commotion, au contraire, n'en produit

que de primitifs, *Sabatier*, a réuni les symptômes des deux maladies et n'en a fait qu'une, qu'il a appelée *commotion*.

Du reste, cette manière de voir n'est d'aucune importance pour la pratique, vu que les deux affections exigent le même traitement; et si nous en avons parlé, ce n'a été que pour mettre dans notre travail cette précision rigoureuse qui est si nécessaire en médecine. Poursuivons maintenant notre parallèle, et passons à la compression.

Quand on réfléchit à la multitude des causes qui peuvent donner lieu à la compression encéphalique, on est peu étonné de la variété des symptômes que présente cette maladie. Pour mettre plus d'ordre et de clarté dans l'exposition de ces phénomènes, nous distinguerons deux espèces de compression, selon que la cause comprimante agit subitement ou n'opère qu'avec lenteur.

Dans la première catégorie, sont l'enfoncement des os du crâne, un corps étranger introduit à travers une plaie faite à la tête, l'afflux du sang causé par la rupture de quelques vaisseaux encéphaliques. Dans la seconde série se trouveront les abcès du cerveau, le squirrhe, le cancer, les tubercules et les hydatides de cet organe, les tumeurs fongueuses et fibreuses de la dure-mère, et les exostoses internes des os du crâne.

On sent combien doivent varier les symptômes dans ces deux espèces d'affections; avec quelle rapidité ils se développent dans le premier cas relativement au second. Il est donc convenable de la décrire, 1°. comme effet d'une cause qui la produit avec rapidité, 2°. comme résultat d'une action lente.

1°. On a dit que les phénomènes de la compression ressemblaient à ceux de l'apoplexie. Ceci a besoin d'explication; si l'on prétend que ces deux maladies déterminent les mêmes symptômes, quel que soit leur siége respectif, la proposition n'est pas vraie; il faudrait, pour qu'elle le fût, que les deux affections siégeassent dans la même partie du cerveau. Si, au contraire, on prétend établir par là que la commotion et l'apoplexie produisent les mêmes phénomènes, lorsqu'elles occupent la même partie du cerveau, rien n'est plus vrai, sans doute; mais la remarque est inutile : car, qu'est-ce que l'apoplexie, si ce n'est

une compression résultant d'une hémorrhagie cérébrale ou d'un épanchement séreux dans l'encéphale?

Quoi qu'il en soit de cette opinion, voyons quels sont les symptômes de la compression subite.

Le malade, soumis à l'action d'une cause comprimante, éprouve une diminution plus ou moins sensible, ou même une abolition totale de ses facultés intellectuelles et affectives; sa tête s'appesantit; il ne sent plus ou presque plus; il perd la mémoire et le jugement; il est dans un état de stupeur profonde accompagnée de ronflement; stupeur d'où on ne le retire que difficilement, et où il retombe dès qu'on le laisse à lui-même; sa respiration devient embarrassée, pénible, stertoreuse; son pouls acquiert de la dureté, de la plénitude et de la lenteur. Le foie est, comme dans la commotion, exposé à une lésion plus ou moins grave qui s'annonce par les symptômes que nous lui avons assignés dans cette dernière maladie. Quelquefois il y a paralysie de tous les organes du mouvement volontaire, et cette paralysie peut être plus ou moins forte, selon le degré de la compression; mais, le plus ordinairement, ce symptôme se borne à l'une des deux moitiés du corps, et, dans ce cas, la moitié paralysée est opposée à l'hémisphère qui est le siége de la compression.

Mais ces paralysies ne sont pas les seules qui puissent se manifester. Outre ces lésions qui sont générales ou presque générales, il en est de particulières et qui n'affectent que certains organes. Les plus ordinaires sont, une difficulté plus ou moins grande dans les mouvemens d'un bras ou d'une jambe, souvent même une paralysie complète de ces membres; une déviation plus ou moins marquée de la langue; la rétention de l'urine dans la vessie; le strabisme des deux yeux ou d'un œil seulement; le prolapsus des paupières; l'amaurose; la paralysie de l'œsophage, qui s'oppose à l'introduction des alimens dans l'estomac.

Tels sont les symptômes de la première espèce de compression: examinons ceux de la seconde. On sent que le développement de ces symptômes affectera un caractère de chronicité analogue à celui de la cause qui les produit.

2°. Dans les premiers temps où l'affection commence à se développer, le malade n'éprouve qu'une légère douleur de tête, à laquelle il fait peu d'attention; ou, s'il en est incommodé, il prend un bain de pieds qui apporte un soulagement momentané et lui fait croire qu'il est guéri. Mais il ne tarde pas à être désabusé : la douleur augmente, devient continuelle, et ne lui laisse aucun repos. Bientôt après il devient morose; il tombe dans une espèce de stupidité; ses facultés, la mémoire entr'autres se perdent ainsi que son jugement; ses membres s'affaiblissent, se paralysent plus ou moins complètement; sa respiration devient stertoreuse, et il ne tarde pas à périr.

Mais les symptômes ne sont pas toujours aussi calmes et aussi paisibles. Il arrive souvent qu'il survient une inflammation du cerveau et de l'arachnoïde, qu'il est facile de distinguer aux phénomènes qui caractérisent ces deux maladies.

Comme le succès du traitement des maladies dont nous parlons dépend de la sûreté de leur diagnostic, on nous pardonnera si nous résumons ici les principaux caractères auxquels on peut distinguer ces deux affections.

La commotion est toujours précédée d'un coup ou d'une chûte. La compression peut ne dépendre d'aucun de ces accidens; mais dans l'hypothèse d'un coup reçu sur la tête ou d'une chûte faite sur cette partie, comment reconnaître s'il y a commotion ou compression?

On peut présumer la première, si le malade est tombé immédiatement après l'accident, si son état n'a pas empiré depuis la chûte faite ou le coup reçu, et surtout s'il paraît être devenu meilleur; si sa stupeur n'est pas telle qu'on ne puisse l'en retirer sans avoir recours à des moyens violens; si le malade, une fois retiré de cet état, reste quelques instans avant d'y retomber, et si d'ailleurs son crâne ne présente aucun enfoncement ni aucune fêlure considérable.

Quand, au contraire, on voit dans les os de la tête quelque enfoncement étendu, il est certain qu'il y a compression. Trouve-t-on une fêlure? il y a de fortes présomptions en faveur de cette maladie : (car il est difficile qu'un os du crâne se fêle sans qu'il y ait quelque vaisseau

rompu, dont le liquide, en s'épanchant, donne lieu à la compression présumée), et les présomptions se changent en certitude, si à la fêlure que l'on voit se joignent les symptômes que nous avons désignés comme caractéristiques de la compression, c'est-à-dire la diminution ou l'abolition des facultés cérébrales, la stupeur profonde et la difficulté de la faire cesser, la respiration stertoreuse et pénible.

Si maintenant nous examinons leur marche, nous verrons premièrement que la commotion, après s'être déclarée subitement, diminue peu à peu d'intensité, si elle ne doit pas être mortelle : le malade recouvre l'ouïe, la vue, l'intelligence, la parole, le mouvement; il guérit. Si, au contraire, elle doit être funeste, plus ou moins de temps après l'accident il se déclare une inflammation intense du cerveau ou de l'arachnoïde, et le plus souvent des deux à la fois, et le malade périt des suites de cette dernière. Il faut pourtant observer que, quoique ordinairement l'inflammation cérébrale qui suit la commotion soit tôt ou tard mortelle, cette terminaison n'est pas cependant assurée, et l'on a des exemples de guérison. Nous trouverons, en second lieu, que la compression qui dépendra d'un épanchement sanguin, purulent ou séreux pourra affecter une marche analogue à celle de la commotion, et présenter une diminution graduée des symptômes, diminution due à l'absorption du fluide épanché; mais cette amélioration pourra être arrêtée par le développement d'une inflammation, comme dans la maladie précédente. Mais il faut savoir qu'une aussi heureuse terminaison est rare, et pour qu'elle ait lieu, l'épanchement doit être bien peu considérable. Dans tous les autres cas, la compression détermine tôt ou tard une inflammation d'autant plus redoutable qu'on ne peut la guérir avant d'avoir enlevé la cause qui l'entretient, et que souvent on ignore.

Mais ces symptômes, cette marche différente, qui peuvent servir à distinguer la commotion de la compression ne sont d'aucune utilité pour faire découvrir le siége de ces affections. Cependant, il faut en convenir, si la distinction des deux maladies est utile et même nécessaire, comme on ne saurait le révoquer en doute, la connaissance du siége

précis où elles résident, surtout la compression, est d'une bien plus grande importance. Celle-ci en effet exige assez souvent la trépanation; or, si le chirurgien ignore son siége, osera-t-il l'entreprendre? Imitera-t-il certains praticiens qui appliquaient au hasard sur le crâne plusieurs couronnes de trépan, jusqu'à ce qu'ils eussent découvert le siége de la maladie? non, sans doute. Mais si, sur quelques données incertaines, il se détermine à la trépanation, quelle confiance pourra-t-il avoir dans cette opération, lorsqu'il ne connaît pas positivement les parties sur lesquelles il doit porter ses instrumens? Aussi cette difficulté à reconnaître l'endroit précis qu'occupe la cause comprimante a-t-elle détourné un grand nombre de praticiens de la trépanation, dont les éloignaient déjà le danger de l'opération elle-même et les nombreux insuccès de ceux qui la pratiquent.

Néanmoins, comme on n'y a pas recours ordinairement, à moins d'un extrême danger, et qu'on a des exemples de réussite, il serait à désirer que ceux qui se destinent à l'exercice de la chirurgie étudiassent d'une manière spéciale les symptômes qui accompagnent la lésion de chaque partie de l'encéphale. Mais ce ne sera guère dans les livres qu'ils pourront parvenir à cette connaissance, car cette partie de l'art est encore trop peu avancée. Les travaux de plusieurs savans distingués, tels que MM. *Gall*, *Spurzheim*, *Lallemand* etc., ont seulement mis sur la voie : les faits positifs qu'ils ont observés se réduisent à un bien petit nombre.

Le fait le plus avéré, et le plus anciennement connu, c'est que, quand un hémisphère du cerveau est inhabile à remplir ses fonctions, le côté du corps qui lui est opposé se trouve paralysé, c'est-à-dire, incapable d'exécuter ses mouvemens habituels et de transmettre ses sensations au cerveau. Cette observation avait été faite par *Hippocrate*, et tous les médecins, depuis lui, en ont reconnu la justesse.

Un autre fait moins anciennement observé, mais tout aussi certain, c'est que toute lésion de l'encéphale produit une lésion du mouvement ou de la sensibilité.

Mais comment reconnaître, d'après une lésion du mouvement ou

de la sensibilité, quelle est la partie du cerveau qui est malade? Les faits qui peuvent servir à résoudre cette question ne sont pas assez généralement admis pour qu'on puisse leur donner une entière confiance. Nous allons néanmoins les faire connaître.

Saucerote, par ses expériences sur les animaux; MM. *Serres*, *Foville* et *Pinel-Grandchamp*, par leurs observations cliniques et par l'étude des faits rapportés par certains auteurs, ont cru avoir constaté, 1°. que la lésion de la partie antérieure d'un hémisphère cérébral entraîne la paralysie de la jambe opposée; 2°. que l'altération de la partie postérieure du lobe détermine la paralysie du bras opposé à l'altération; 3°. que, si c'est la partie moyenne de l'hémisphère qui est lésée, il en résultera une hémiplégie qui affectera plus spécialement le membre supérieur ou inférieur, suivant que la lésion s'étendra davantage sur la partie postérieure ou antérieure du lobe cérébral; 4°. que la lésion du corps calleux produit l'insensibilité générale, et détermine la sortie involontaire des urines et des excrémens; 5°. que l'altération de la protubérance annulaire produit la paralysie générale des quatre membres.

Mais, nous le répétons, ces résultats sont loin d'être assez généralement admis pour qu'on puisse y mettre une entière confiance et se déterminer, d'après ces faits, à pratiquer une opération aussi grave que le trépan.

Toutefois, comme il arrive quelquefois que l'opération est indispensable, et que le sujet est irrévocablement voué à la mort si la chirurgie ne vient à son secours, d'après le principe *in dubiis melius anceps remedium quàm nullum*, on devra, d'après ces données, hasader l'application d'une couronne sur le lieu présumé affecté. On s'y déterminera plus aisément, si à ces présomptions s'en joignent de nouvelles, telles qu'un coup porté sur cette partie, une douleur fixe dans ce même point, l'existence d'une fêlure en cet endroit, et autres signes qui indiquent une lésion plus ou moins grave du cerveau.

C'est surtout lorsqu'il s'agit de traiter une commotion ou une compression que les praticiens voient l'utilité, ou plutôt l'indispensable

nécessité de distinguer ces deux affections l'une de l'autre. Tel remède qui convient à la première sera de nul effet pour la seconde ; et l'opération du trépan, que la plupart des chirurgiens jugent nécessaire dans la compression, devient non-seulement inutile, mais encore très-nuisible et souvent mortelle dans la commotion. Voilà pourquoi nous avons cru devoir tant insister sur le diagnostic ; mais nous pensons en avoir dit assez pour qu'on puisse, avec de l'exercice, parvenir à les distinguer. Nous allons donc passer au traitement, en commençant par celui de la commotion.

Les praticiens ne sont pas d'accord sur les moyens propres à combattre cette affection. Les uns, ne voyant dans cette maladie que l'état de stupeur et d'affaissement où se trouve l'individu affecté, recommandent exclusivement les toniques pour ranimer les forces abattues, et proscrivent absolument la saignée. Les autres, n'ayant en vue que l'état de pléthore qui succède à l'affaissement, premier effet de la commotion, bannissent toutes sortes de stimulans, et ne veulent que les émissions sanguines qu'ils multiplient jusqu à ce qu'ils aient perdu ou guéri le malade.

Il est évident que ces préceptes ont pour base une théorie trop exclusive et erronée ; et, si la sagacité du praticien ne corrige ce qu'ils ont de vicieux, ils ne pourront manquer de devenir funestes à bien des malades que l'on aurait peut-être arrachés à la mort. Il est donc important de les modifier selon les circonstances.

Le malade est-il dans l'affaissement? son corps est-il pâle, décoloré, sans mouvement ? sa chaleur naturelle est-elle diminuée? son pouls est-il faible, mou? il faut bien se garder d'employer la saignée, qui ne pourrait manquer d'augmenter la faiblesse, déjà trop grande, du malade : on devra, au contraire, chercher à ranimer sa vie, d'abord par l'inspiration de substances fortes et pénétrantes, telles que le vinaigre, l'éther, l'ammoniaque. Si ce moyen ne suffit pas, on fera usage de frictions faites avec de la flanelle sèche, ou imprégnée de quelque vapeur aromatique ou spiritueuse ; on lui administrera des boissons chaudes et stimulantes ; on lui appliquera un large vésicatoire sur la

tête. Si l'estomac est dans un bon état, on donnera l'émétique en lavage : ce médicament provoquera dans le tube digestif une légère irritation qui, par sympathie, pourra réveiller l'action de l'encéphale. On emploiera aussi, dans le même but, les lavemens irritans ; et il ne faudra discontinuer l'usage de ces moyens, qu'autant que l'on sera parvenu à relever le pouls, à ranimer la chaleur, en un mot à rappeler la vie prête à s'échapper ; alors on donnera les toniques et les cordiaux.

Mais si le malade, au lieu d'offrir ces signes de faiblesse, se présente avec une face animée, les veines du cou gonflées, les conjonctives injectées, les yeux rouges, il faut redouter une congestion cérébrale ; et, malgré l'état d'hébétude où peut se trouver le malade, il faut employer la saignée, surtout celle du pied, et appliquer les sangsues; par ces moyens, le malade sortira probablement de son affaiblissement et de sa stupeur. Si néanmoins son état persistait trop long-temps, il ne faudrait pas toujours insister sur les évacuations sanguines; plus de deux ou trois saignées affaibliraient trop le malade : il faudra donc leur substituer les révulsifs, qui, à l'avantage de prévenir l'afflux du sang au cerveau, joindront celui de ne point affaiblir le malade. Il faudra se comporter de même, lorsque celui-ci, tout en offrant des symptômes de congestion, sera néanmoins dans un véritable état de faiblesse. On aura donc recours, dans ces deux cas, aux purgatifs, aux lavemens irritans, aux sinapismes et aux vésicatoires appliqués aux pieds et aux jambes, à la glace pilée mise sur la tête, et à défaut de laquelle on devra employer des affusions d'éther ou de toute autre substance très-volatile, et enfin aux vésicatoires appliqués sur le cuir chevelu.

Ce dernier moyen paraîtra peut-être plus propre à attirer le sang vers la tête qu'à l'empêcher d'y affluer. Cela est vrai en effet; mais comme le vésicatoire n'agit que sur les tégumens, et que son action irritante ne s'étend pas jusqu'au cerveau lui-même, la congestion de cet organe étant seule à redouter, on pense que le topique ne peut agir que d'une manière avantageuse, en attirant vers les parties su-

perficielles le sang, qui, sans ce moyen, se serait également porté au cerveau et au cuir chevelu. Mais, pour dire toute notre pensée, nous aimerions mieux placer ce révulsif sur une partie éloignée de la tête, telle que la jambe.

Quant aux purgatifs que nous avons recommandés dans l'état de faiblesse et dans les cas de pléthore, il faut observer qu'ils déterminent dans les premières voies une irritation qui, lorsque le malade est pléthorique, y attire les fluides et les empêche de se porter à la tête, et lorsqu'il est faible, se transmet sympathiquement au cerveau, dont il ranime l'action.

Tels sont les moyens que l'on regarde comme les plus propres à combattre la commotion cérébrale : voyons maintenant quels sont ceux qui conviennent à la compression.

Le traitement de cette maladie exige beaucoup de prudence et de sagacité de la part du médecin : la sagacité pour la lui faire reconnaître et lui éviter des erreurs funestes, et la prudence pour agir sans précipitation et avec certitude. Cette dernière lui est surtout indispensable. Que dirait-on en effet d'un praticien qui, ayant assez de tact pour reconnaître une compression, et ne voyant dans cette maladie qu'un obstacle mécanique à l'action du cerveau, saisirait le trépan et appliquerait une couronne sur l'endroit présumé où elle résiderait, sans s'informer de la nature et des causes de cet obstacle? Aurait-il à s'applaudir du succès de son opération, si, après l'avoir faite sans accidens, et avec assez de bonheur pour tomber sur l'obstacle, celui-ci se trouvait être une exostose vénérienne? De quelle utilité serait pour le malade une opération aussi douloureuse? Il faut donc qu'à la sagacité nécessaire au diagnostic le chirurgien joigne la sagesse, qui lui fait employer les moyens convenables au traitement.

On voit, d'après ces réflexions, que nous n'admettons pas un même mode de traitement pour toutes les espèces de compressions. Pour se déterminer dans le choix des moyens thérapeutiques, il faut avoir égard à la nature, à la cause de cette maladie. Ainsi nous nous garderons bien d'opposer la même méthode curative aux compres-

sions qui dépendent d'un épanchement sanguin, à celles qui sont dues à une exostose crânienne, indice d'une vérole constitutionnelle, à celles qui sont l'effet d'un enfoncement des os du crâne.

Tout épanchement sanguin, séreux ou purulent qui cause une compression, quel que soit son siège, présente pour première indication l'évacuation. Deux moyens se présentent pour parvenir à ce but : favoriser son absorption, ou lui procurer une issue artificielle au dehors.

Des praticiens effrayés de la difficulté qu'il y a à reconnaître le siége de l'épanchement, et du danger qu'entraîne toujours le trépan, rejettent l'idée de toute opération, et ne s'attachent qu'à favoriser la résorption du fluide épanché. Ils se fondent en cela d'abord sur l'analogie qui leur apprend que certains épanchemens, même considérables, sont résorbés dans certaines parties du corps avec une rapidité surprenante ; ensuite sur l'expérience, qui leur a fait voir des apoplexies où il y avait épanchement guéries sans le secours d'aucune opération chirurgicale. Ils se contentent donc d'employer les évacuans pour opérer une dérivation, tandis que la nature, qui tend d'elle-même à absorber la matière épanchée, travaille à se débarrasser de l'agent de la compression.

Les autres, au contraire, instruits par la nécroscopie, qui leur a fait voir maints sujets morts à la suite d'épanchement très-peu considérables, dont la résorption n'a pu être opérée, ne balancent pas, dès qu'ils ont connaissance du siége de la collection, de pratiquer le trépan pour donner issue à la matière qui la forme.

Nous avouons qu'il est bien difficile de prononcer entre ces deux opinions, dont l'une proscrit et l'autre admet exclusivement l'opération du trépan. Nous dirons qu'il est prudent et sûr de s'en tenir à un juste milieu, et d'admettre, selon les circonstances, une méthode préférablement à l'autre. Dans les cas où l'on présume que l'épanchement est peu considérable, une sage expectation est préférable à une opération précipitée, que la nature rendra peut-être inutile,

et qui d'ailleurs pourra être pratiquée plus tard, si les symptômes s'aggravent ou même ne diminuent pas d'intensité. Si, au contraire, on a lieu de croire que l'épanchement est étendu, comme il est probable qu'il aurait fait des ravages irréparables avant que la nature eût pu en opérer la résorption, la prudence engagera le chirurgien, si d'ailleurs les symptômes sont violens, à appliquer une couronne sur le siége de la compression. Il y a dans cette opération des chances de succès qui ne se trouvent pas dans une expectation oisive, et le praticien qui s'en dispenserait ne serait pas à l'abri de tout reproche.

Quelle que soit la méthode que l'on suive, voici les moyens à employer.

La première, qui est celle que *Desault* suivait exclusivement vers la fin de sa vie, se compose uniquement de révulsifs internes ou externes. Les premiers sont l'émétique et les autres vomitifs, les purgatifs, tels que les sels neutres, la manne, le tamarin, etc. ; les seconds sont les sinapismes et les vésicatoires que l'on applique quelquefois sur la tête elle-même, mais bien plus souvent sur les extrémités inférieures. A ces deux espèces de médicamens plusieurs médecins ajoutent les toniques; mais ceux-ci n'agissent sur la compression que par leur vertu stimulante, et par conséquent dérivative. Ils doivent donc être rangés parmi les révulsifs.

Quand on ne juge pas ces moyens suffisans pour détruire le mal, et qu'on se détermine à l'opération du trépan, voici la conduite à tenir.

On commence par préparer le malade à l'opération par la diététique, quelquefois par l'administration d'un purgatif ou d'un vomitif, s'il y a embarras des premières voies, ou par la saignée, si le sujet est pléthorique. Ensuite on dispose tous les objets qui doivent servir à l'opération et au pansement de la plaie, et qui consistent pour la première : 1°. en un trépan composé de l'arbre, de la couronne et de la pyramide ; 2°. en un tire-fond, dont on peut cependant se passer ;

3°. en un couteau lenticulaire; 4°. en des tenailles incisives; 5°. en un élévatoire qu'on peut très-bien remplacer par une spatule; 6°. en une rugine; 7°. en une brosse; et pour le second: 1°. en un morceau de linge fin, un peu plus grand que la couronne dont on veut faire usage (le sindon); 2°. en un méningophylax, dont on peut très-bien se passer; 3°. en plusieurs rouleaux de charpie de la grosseur de la pièce d'os que l'on veut enlever; 4°. en charpie brute; 5°. en plusieurs compresses et un bandage tel que le chirurgien le jugera convenable; 6°. en un éponge et de l'eau tiède.

Ces préparatifs étant faits, on place le malade dans une situation telle que la partie sur laquelle on veut appliquer la couronne soit la plus élévée de la tête. Il faut éviter soigneusement les sinus frontaux, la partie moyenne de l'occipital, l'angle antérieur et inférieur des pariétaux, et en général toutes les sutures, autant que possible, car il est des cas où le chirurgien ayant été forcé par les circonstances de trépaner sur ces parties a obtenu un plein succès.

Ces précautions prises, on incise les tégumens en V, dont la pointe doit être dirigée vers la base du crâne; on circonscrit avec le bistouri la portion du péricrâne sur laquelle on veut appliquer le trépan, et on la détruit avec sa rugine. Ensuite la couronne étant montée sur l'arbre et armée de sa pyramide, on l'applique au milieu de l'espace ruginé, et on enlève la portion d'os circonscrite. Si le foyer de la compression se trouve entre le cerveau et la dure-mère, il suffit, pour qu'il soit évacué, de recommander au malade de retenir sa respiration. Mais si la collection, purulente, séreuse ou sanguine se trouvait placée sous la dure-mère (ce que l'on reconnaîtrait à la tension de cette membrane, à sa fluctuation, à l'effort qu'elle fait pour s'élever au-dessus de la plaie), il faudrait l'inciser pour donner issue au liquide, qui sort toujours de lui-même par la solution de continuité. Quelquefois le foyer est dans le cerveau même; on doit dans ce cas, enfoncer légèrement la pointe d'un bistouri étroit dans l'abcès, et si le pus ne sort que difficilement agrandir l'ouverture.

Si une seule couronne ne suffisait pas pour donner issue à toute la matière de l'épanchement, on pourrait en appliquer une seconde, et même une troisième pour procurer la sortie de toute la collection.

Si le foyer, au lieu de contenir une matière liquide, renfermait du sang coagulé, il faudrait panser simplement la plaie, et attendre que le coagulum tombât en putrilage, dont on favoriserait l'issue par le moyen précédemment indiqué.

Le liquide étant évacué, il ne reste plus que la plaie à soigner. Le pansement est fort simple. Après avoir ramené les parties molles vers l'ouverture faite à l'os, sans toutefois les appliquer sur elle, on introduit dans celle-ci le sindon ou simplement une compresse fénêtrée, dont le milieu doit être déprimé jusque sur la méninge. On le recouvre de gâteaux de charpie ronds, dont on remplit l'ouverture de l'os. On ajoute par-dessus des plumasseaux plus grands et des compresses, que l'on assujettit par un bandage approprié

Le régime antiphlogistique, la saignée, si elle est jugée nécessaire, les applications émollientes faites sur la partie malade, la tranquillité parfaite du malade, tels sont les moyens qui doivent être employés pour amener la plaie à une heureuse terminaison. Si l'opération réussit, la guérison ne se fait pas long-temps attendre; après quelques jours de suppuration la dure-mère pousse des bourgeons celluleux, les os s'exfolient et se couvrent de bourgeons, qui se confondent bientôt avec les précédens et commencent la cicatrice.

Il arrive pourtant quelquefois que les os ont beaucoup de peine à s'exfolier, et que la suppuration est interminable; ce qui tient à la fêlure ou à la nécrose de quelque portion osseuse. Dans ce cas, il faut, à l'aide du ciseau et du maillet, enlever la partie frappée de mortification; et dès-lors, l'obstacle à la guérison étant ôté, la cicatrice ne tarde pas à se faire.

Lorsque la compression dépend d'un enfoncement du crâne ou de

quelque esquille osseuse faisant saillie du côté du cerveau, il est rare que l'on soit obligé de recourir à la trépanation ; car alors l'écartement des parties fracassées est ordinairement assez considérable pour permettre l'introduction d'un levier, au moyen duquel on relève les parties déplacées. Si, néanmoins, la table interne du crâne étant brisée et comprimant le cerveau, l'externe se trouvait intacte ou simplement fêlée, il faudrait recourir à l'opération qui, du reste, devrait être pratiquée de la même manière que pour la compression dépendant d'un épanchement séreux, purulent ou sanguin ; avec cette différence que, le crâne étant perforé, au lieu de chercher à faire sortir un liquide, on releverait les parties d'os enfoncées.

Dans la compression qui dépend d'une exostose vénérienne, le trépan est parfaitement inutile. Un traitement actif dans lequel on associera les sudorifiques exotiques au sublimé corrosif procurera très-probablement la résolution de la tumeur, et fera disparaître les phénomènes de la maladie symptomatique.

Dans la compression qui est l'effet d'un corps étranger, tel qu'une pointe de fer, une balle lancée par la poudre à canon, si on peut l'extraire sans agrandir la plaie qu'elles ont faite, on se gardera bien de recourir au trépan. Mais si la balle s'est enfoncée sous les os, si le fer s'est brisé à une certaine profondeur, il faut agrandir l'ouverture faite par le corps étranger, et appliquer une ou plusieurs couronnes : après quoi on extrait facilement ces corps. Du reste la manière de pratiquer le trépan n'est pas ici différente de celle que nous avons déjà décrite.

Les compressions qui sont entretenues par les tumeurs fongueuses, fibreuses ou cancéreuses de la dure-mère ou par les hydatides, doivent être réputées comme incurables. En effet, le trépan ne saurait guérir les premières ; car on sait qu'à mesure que l'on enlève les parties exubérantes dans la méninge, il s'élève de la surface incisée de nouvelles excroissances. Pour les hydatides, elles sont le plus souvent

situées à une telle profondeur dans le cerveau qu'on a beaucoup de peine à les y reconnaître; et supposé même qu'on pût parvenir à cette connaissance, on craindrait, après avoir ouvert le crâne, d'enfoncer le bistouri à une si grande profondeur dans un organe aussi essentiel.

Tel est le traitement que nous avons cru devoir recommander dans la compression et dans la commotion : nous avons suivi en cela les préceptes des plus célèbres praticiens. Mais ces préceptes ne sont applicables qu'à chacune de ces maladies en particulier. Or, il arrive souvent qu'elles se compliquent l'une l'autre ; dans ce cas, il faut combiner le traitement de l'une avec celui de l'autre. Du reste, cette complication, qui est assez commune, n'est pas plus grave que si l'affection la plus dangereuse se trouvait seule.

Les terminaisons de la commotion et de la compression sont à peu près les mêmes. La plus fréquente, lorsque la maladie est grave, c'est la mort. Mais il arrive souvent que celle-ci dépend de l'inflammation que la commotion ou la compression a produite : l'inflammation est donc une autre terminaison de ces deux maladies. D'autres fois elles se dissipent graduellement, soit par elles-mêmes, soit par le secours de l'art ; et les malades recouvrent plus tôt ou plus tard leur santé première : mais assez souvent ils conservent des restes de ces affections, telles que l'imbécillité, la perte de la mémoire, la cécité, la dureté de l'ouïe, la faiblesse d'un ou de plusieurs membres. Voilà donc quatre modes de terminaison : la mort, l'inflammation, la santé, d'autres maladies.

Voyons maintenant qu'elles sont les altérations pathologiques qui résultent, soit de la commotion, soit de la compression.

Lorsqu'un individu meurt subitement à la suite de la première, on trouve le volume du cerveau sensiblement diminué : c'est ce que *Littre* observa sur ce jeune homme dont nous avons déjà parlé, et dans le crâne duquel ce chirurgien trouva un vide considérable.

Sabatier cite également l'exemple d'une personne morte à la suite d'un coup qu'elle avait reçu sur la tête, et qui présenta le même affaissement de la substance cérébrale et le même vide dans la boîte crânienne.

Les altérations du cerveau, à la suite de la compression, sont toutes différentes de celles qui précèdent, et varient suivant la terminaison de la maladie, selon la nature de la cause comprimante et la durée de son action.

Si la compression détermine la mort avant d'avoir développé l'inflammation, on observera des lésions cadavériques qui varieront selon la nature de l'agent compressif, et dont nous parlerons plus bas. Mais si elle s'est terminée par une inflammation, le cerveau offrira les altérations pathologiques propres à cette dernière maladie, c'est-à-dire, ramollissement de la substance cérébrale avec injection de ses vaisseaux, ou avec infiltration ou épanchement de sang pour la première période de la phlegmasie. Si le malade meurt dans la deuxième période, on observera toujours ramollissement, mais avec infiltration purulente; enfin, dans la troisième, on trouvera des abcès. La couleur du cerveau est extrêmement variable à la suite des inflammations de cet organe; elle peut prendre toutes les nuances intermédiaires, depuis la rosée légère jusqu'au brun foncé.

Si l'agent de la compression est un liquide, celui-ci est tantôt infiltré, tantôt réuni en un foyer, tantôt dispersé dans les anfractuosités cérébrales. Si c'est du sang, on trouvera quelquefois les vaisseaux encéphaliques rompus, d'autres fois la substance du cerveau totalement désorganisée et réduite en une espèce de bouillie couleur lie de vin ou même brunâtre. Au contraire, quand la compression est due à un agent solide, comme une portion d'os, un morceau de fer, etc., on trouve dans l'organe une dépression proportionnée à l'étendue de cet agent et à la durée de son action.

Lorsque la compression dure depuis peu, et que le sujet qui en est

atteint périt, on trouve les altérations que nous avons observées en parlant des causes comprimantes qui enlèvent les malades avant de développer l'inflammation; si, au contraire, elle exerce long-temps son action, elle détermine toujours cette dernière maladie, et laisse par conséquent les traces qui la caractérisent.

Nous terminerons ici ce que nous avions à dire sur les maladies dont nous venons de faire le parallèle. Puisse notre travail n'être pas tout à fait infructueux ! Il ne le sera pas, pourvu que nous ayons pu réussir, ainsi que nous nous le sommes proposé, à rendre d'une manière exacte les idées que nous ont fournies les illustres professeurs de la Faculté.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET.)

I.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmones talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

II.

Famem vini potio solvit. *Sect.* 2, *aph.* 21.

III.

Cum morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

IV.

Sed et, si quid doluerit ante morbum, ibi se figit morbus. *Sect.* 4, *aph.* 33.

V.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

VI.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur; ægrotanti verò, morbus fit. *Ibid.*, *aph.* 65.